

FORMULARZ OFERTOWY
Spr. nr ZP-2512-38-GK/2015

1. Dane przyjmującego zamówienie

A. Podmiot leczniczy*

Nazwa i siedziba podmiotu leczniczego

.....

.....

Nr wpisu do rejestru

nr KRS.....

Pełnomocnik

kontakt (Imię, nazwisko, tel. faks, e-mail)

.....

B. Praktyka zawodowa*

Imię i nazwisko

telefon.....

e-mail

adres.....

PESEL

NIP

REGON.....

Nr wpisu do ewidencji działalności gospodarczej

Nr prawa wykonywania zawodu

Specjalizacja (nazwa, stopień i data
uzyskania)

2. Zakres świadczeń

Zgłaszam ofertę na realizację świadczeń zdrowotnych w zakresie badań diagnostycznych w cenie PLN brutto za badanie podanej w kolumnie 3 tabeli :

Nazwa badania	Szacunkowa liczba (rocznie)	Oferowana cena brutto za badanie
<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>
Pakiet I – EKG dla dzieci z opisem	150	
Pakiet II – EEG dla dzieci		
1) w czuwaniu	50	
2) we śnie	35	
Pakiet III - RTG dla dzieci do 5 r.ż.		
1) Klatki piersiowej	50	
2) Czaszki	50	
3) Układu kostnego	40	
Pakiet IV - badanie audiometryczne dla dzieci		
1) Audiometria impedancyjna	70	
2) Audiometria tonalna	50	
Pakiet V – badania diagnostyczne okulistyczne		
1) USG	200	
2) OCT	200	
3) GDx	200	
4) HRTIII	200	
Pakiet VI – mammografia	150	
Pakiet VII – EEG dla dorosłych	80	

Nazwa badania	Szacunkowa liczba (rocznie)	Oferowana cena brutto za badanie
<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>
Pakiet VIII – urografia	30	
Pakiet IX – scyntygrafia tarczycy z zastosowaniem TC99	30	
Pakiet X – ENG	50	
Pakiet XI – elektromiografia (EMG)		
1) Próba tężyczkowa	20	
2) Badanie 1 nerwu ruchowego długiego	100	
3) Badanie 1 latencji w nerwie ruchowym krótkim	300	
4) Badanie 1 gałęzi nerwu czuciowego	200	
5) Próba miasteniczna	40	
Pakiet XII – badanie densytometryczne	70	
Pakiet XIII – biopsja aspiracyjna cienkoigłowa (BAC)	200	
Pakiet XIV – rezonans magnetyczny	20	
Pakiet XV – scyntygrafia narządowa	20	
Pakiet XVI – tomografia komputerowa	20	

Oferuję dyspozycyjność do realizacji świadczeń zdrowotnych w następujące dni :

poniedziałek w godz.
wtorek w godz.
środa w godz.
czwartek w godz.
piątek w godz.

3. Termin świadczenia usług

Oferuję zawarcie umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne od dnia do dnia

4. Oświadczenia

Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia, szczegółowymi warunkami postępowania w sprawie zawierania umów na udzielanie świadczeń zdrowotnych oraz warunkami określonymi w umowie i nie wnoszę do nich zastrzeżeń.

.....
miejsowość i data

.....
podpis przyjmującego zamówienie

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez SZPZLO Warszawa-Ochota zawartych w złożonej ofercie dla potrzeb niezbędnych w procesie przeprowadzenia konkursu ofert, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 roku o Ochronie Danych Osobowych (Dz. U. z 2014 r. poz. 782 z późn. zm.).

.....
miejsowość i data

.....
podpis przyjmującego zamówienie

ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY:

- 1) potwierdzenie aktualnego wpisu w Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej lub KRS;

- 2) wypis z rejestru prowadzonego przez wojewodę lub Ministra Zdrowia, lub okręgową radę lekarską właściwą dla miejsca wykonywania praktyki zawodowej lekarza, lub okręgową radę pielęgniarów i położnych właściwą dla miejsca wykonywania praktyki zawodowej przez pielęgniarkę lub wypis z Krajowego Rejestru Diagnostów Laboratoryjnych (jeżeli dotyczy);
- 3) dokument potwierdzający status prawny podmiotu założycielskiego (w przypadku, gdy Przyjmującym zamówienie jest podmiot leczniczy będący przedsiębiorcą);
- 4) umowę lub pisemne zobowiązanie się Przyjmującego zamówienie do zawarcia umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej w zakresie odpowiedzialności za szkodę wyrządzoną w wyniku realizacji umowy o udzielenie zamówienia (art. 25 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2013 r. poz. 217 z późn. zm.). Dotyczy to również odpowiedzialności cywilnej z tytułu przeniesienia chorób zakaźnych, w tym zarażenia wirusem HIV. Kopię polisy na warunkach określonych w zobowiązaniu Przyjmujący zamówienie przedkłada najpóźniej w przeddzień rozpoczęcia realizacji świadczeń zdrowotnych stanowiących przedmiot umowy;
- 5) informacje o liczbie osób, które będą realizowały przedmiot umowy z podaniem ich kwalifikacji zawodowych i numerem prawa wykonywania zawodu (jeżeli dotyczy);
- 6) wypis z rejestru indywidualnych praktyk lekarskich (jeżeli dotyczy);
- 7) dyplom lekarza lub technika (jeżeli dotyczy);
- 8) oświadczenie o spełnieniu standardów jakościowych określonych w obowiązujących przepisach (jeżeli dotyczy);
- 9) dokumenty potwierdzające posiadane kwalifikacje z godnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz.U. z 2013 r. poz. 1413 z późn. zm.);
- 10) dokument potwierdzający formalne kwalifikacje – dyplom i zaświadczenia o odbytych kursach kwalifikacyjnych zgodnie z ustawą z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz. U. z 2011 r. Nr 277, poz. 1634 z późn. zm.) oraz ustawą z dnia 28 kwietnia 2011 r. o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz. U. z 2011 r. Nr 113, poz. 658) – (jeżeli dotyczy).
- 11) Harmonogram udzielania świadczeń zawierający:
 1. adres miejsca udzielania świadczeń;
 2. dni i godziny udzielania świadczeń;
 3. numery telefonów do rejestracji celem zapisu na badanie;
 4. imię i nazwisko oraz numer telefonu do osoby nadzorującej prawidłową realizację umowy.

